

Szpital Powiatowy w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o.
 Nr księgi rej. 000000002894
 Kompleks ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych
 Dział Diagnostyczny Kod V:04
 Pracownia Tomografii Komputerowej
 Ul. Juliusza Słowackiego 18,87-700 Aleksandrów Kujawski
 Tel. 54 282 80 70
 Kod VII:053, Kod VIII: 7220
 REGON: 911344332 NIP: 8911530126

TK Z KONTRASTEM

Nazwisko i imię :		Data urodzenia:	
Adres:		Telefon:	

Najczęściej występujące działania niepożądane po podaniu środka kontrastowego

1. WCZESNE (do 1 godziny po podaniu środka kontrastowego)		
MIEJSCOWE: - nudności - łagodne wymioty - pokrzywka - świąd - wynaczynienie środka	ŁAGODNE/UMIARKOWANE: - nasilone wymioty - uogólniona pokrzywka - skurcz oskrzeli - obrzęk twarzy/krtani - omdlenie wazowagalne	CIEŻKIE: - wstrząs - zatrzymanie oddechu - zatrzymanie akcji serca - drgawki

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ NALEŻY ZAZNACZYĆ W 

1.	Czy miała Pani/Pan w przeszłości wykonane badania tomografii komputerowej z użyciem środka kontrastującego ?	TAK	NIE
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana reakcja alergiczna po podaniu kontrastu? (kiedy? jakie?)	TAK	NIE
3.	Czy występują u Pani/Pana reakcje alergiczne na leki i środki chemiczne? (jakie?)	TAK	NIE
4.	Astma oskrzelowa, POCHP	TAK	NIE
5.	Choroby tarczycy	TAK	NIE
6.	Choroby serca	TAK	NIE
7.	Cukrzyca	TAK	NIE
8.	Choroby nerek	TAK	NIE
9.	Nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE
10.	Padaczka	TAK	NIE
11.	Przyjmowanie leków: Metformina (Metformax, Siofor, Formetic, Glucophage, Avamina) (odstawić 1 dzień przed badaniem)	TAK	NIE

Dotyczy Kobiet !!!

Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania Tomografii Komputerowej jest **ciąża** pacjentki!!! Oświadczam, że **nie jestem w ciąży** w momencie wykonywania badania !!!

Oświadczenie Pacjenta / przedstawiciela Ustawowego Pacjenta

TAK NIE

- Świadomie wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania Tomografii Komputerowej
- Świadomie wyrażam zgodę na podanie środka cieniującego w celu wykonania badania Tomografii Komputerowej
- Oświadczam, że odpowiedzi zawarte w ankiecie o stanie zdrowia, przebiegu leczenia, chorobach oraz przyjmowanych lekach podane przeze mnie są prawdziwe.
- Oświadczam, że w ciągu 4 godzin nie przyjmowałem (-am) pokarmów.
- Wyrażam zgodę na wysłanie opisu badania TK na podany adres e-mail
Adres e-mail:

.....
(data i podpis pacjenta)

.....
(data, pieczętka i podpis elektroradiologa)

.....
(data, pieczętka i podpis pielęgniarki)

Wypełnia Personel medyczny

Data badania:

Rodzaj wykonanego badania:

Dawka promieniowania: mGy*cm

.....
(data, pieczętka i podpis elektroradiologa wykonującego badanie)

Wyniki badań laboratoryjnych z dnia

- Kreatynina: • eGFR.....
- TSH:

Nazwa/stężenie środka cieniującego:

Dawkaml Wagakg

Przepływml/s RR

.....
(data, pieczętka i podpis pielęgniarki realizującej zlecenie)

UWAGI:

.....
.....